

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 81

EXTRACTION DU CRISTALLIN CATARACTÉ ET DÉCOLLEMENT RÉTINIEN

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 10 JUILLET 1952

PAR

ROULAY ROGER

NÉ LE 12 SEPTEMBRE 1924 A MARSEILLE

Externe des Hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADÉ DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. G.-E. JAYLE, Président

Examineurs

de la Thèse

Y. POURSINES

A. OURGAUD

G. FARNARIER

Assesseurs

IMPRIMERIE ROBERT
24, RUE MOUSTIER, 24
MARSEILLE

—
1952

EXTRACTION DU CRISTALLIN CATARACTÉ ET DÉCOLLEMENT RÉTINIEN

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 10 JUILLET 1952

PAR

ROULAY ROGER

NÉ LE 12 SEPTEMBRE 1924 A MARSEILLE

Externe des Hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. G.-E. JAYLE, Président	{	
		Y. POURSINES		
		A. OURGAUD		Assesseurs
		G. FARNARIER		

IMPRIMERIE ROBERT
24, RUE MOUSTIER, 24
MARSEILLE

—
1952

PERSONNEL ENSEIGNANT de la Faculté Mixte de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Doyen : G. MORIN

Assesseur : F. RIMATTEI

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs Honoraires :

MM. GAUJOUX, AUBARET, AUDIBERT, JOYEUX, OLMER,
ROCHE, GABRIEL, HECKENROTH, BELTRAMI, BREMOND

Chargé de Cours Honoraires : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{lle} PERRIN

Professeurs :

Anatomie	GRISOLI
Anatomie Pathologique et Carcinologie Clinique	N...
Bactériologie et Pathologie Générale	POURSINES
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	DERRIEN
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique	SALMON
Clinique Chirurgicale Thérapeutique et Chirurgie	
Expérimentale	DE VERNEJOUL
Clinique Dermato-Syphiligraphique	CHARPY
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	POINSO
Clinique Médicale Thérapeutique	OLMER
Clinique des Maladies des Voies Digestives et de la	
Nutrition	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Neuro-Chirurgicale	PAILLAS
Clinique Obstétricale et Gynécologie	VAYSSIÈRE
Clinique Ophtalmologie	JAYLE
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	BALANSARD
Histologie	ROMIEU
Hygiène et Médecine Préventive	VIOLLE
Médecine Légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	SAUTET
Pathologie Chirurgicale	CARCASSONNE
Pharmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER
Pharmacie Chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique Médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI
Professeur sans chaire	ARNOUX



Agrégés libres :

MM. BERTHIER
AUDIER
BRAHIC
CHOSSON

MM. DOR
FIGARELLA
IMBERT
RECORDIER

Agrégés en exercice :

MM. BERNARD
GRANJON
HENRY
JOUVE
LAMY
LAVAL

MM. LENA
MONGES Henri
OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD
VAGUE

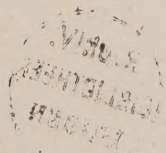
Maîtres de Conférence Agrégés :

MM. DONNET
DUMAZERT
GASTAUT
MOURGUE

MM. PELLISSIER
PICARD
RANQUE
ROUX

Chargés des fonctions d'Agrégés :

Clinique Oto-Rhino-Laryngologique M. CARREGA
Pharmacodynamie et Matière Médicale M. J. MERCIER





Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Extraction du Cristallin Cataracté
et Décollement Rétinien**

A MA MERE,

Nous lui dédions cette thèse.
Puisse cet humble travail la dédommager un peu des
immenses sacrifices qu'elle s'est imposés pour moi.
Nous espérons être digne d'elle.

A MON PERE,

Bien faible témoignage de notre reconnaissance et de
notre affection.

A TOUS LES MIENS,

A TOUS MES AMIS,

A MON JURY DE THESE

A Monsieur le Professeur G.-E. JAYLE,

Il nous a inspiré le sujet de cette Thèse et a bien voulu en accepter la Présidence. Il n'est pas dans notre intention d'énumérer ici tout ce qu'il a fait pour nous durant les cinq années passées dans son service. Qu'il sache que nous lui en serons toujours reconnaissant et que toute notre vie nous essaierons de nous montrer digne de la confiance dont il a bien voulu nous honorer.

A Monsieur le Professeur Y POURSINES,

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de faire parti de notre Jury et de s'intéresser à notre travail.
Nous lui en sommes vivement reconnaissant.

A Monsieur le Professeur Agrégé A. OURGAUD,

Ophtalmologiste des Hôpitaux,

Il nous a guidé dans l'élaboration de cette Thèse.
Son enseignement clinique et thérapeutique, son amabilité légendaire ont considérablement participé à notre formation Ophtalmologique.
Nous lui témoignons notre plus profond attachement.

A Monsieur le Docteur G. FARNARIER,

Ophtalmologiste des Hôpitaux,

Nous lui sommes très reconnaissant de l'aimable accueil qu'il nous a réservé dans son service.
Nous le prions de bien vouloir trouver ici le témoignage de notre très sincère gratitude.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE,
A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage : Monsieur le Professeur J. MONGES,
Monsieur le Professeur P. MOIROUD,
Monsieur le Professeur D. OLMER,
Monsieur le Professeur J. OLMER ;
Externat : Monsieur le Professeur Agrégé J. DOR, ..
Monsieur le Professeur M. SALMON,
Monsieur le Professeur G.-E. JAYLE.

A Monsieur le Docteur J. SEDAN,

Ophtalmologiste des Hôpitaux,

Que nous remercions pour l'affectueuse sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse et entière reconnaissance.

A Monsieur le Docteur P. GUILLOT,

Ophtalmologiste des Hôpitaux,

Son enseignement clinique nous fut aussi précieux qu'agréable.

Nous le remercions ici de sa constante bienveillance et lui témoignons toute notre respectueuse sympathie.

A Monsieur le Docteur P.-V. BÉRARD,

Ophtalmologiste des Hôpitaux,

Maître et ami, il a guidé nos premiers pas dans notre spécialité.

Qu'il trouve ici en retour le témoignage de notre gratitude et de notre plus sincère amitié.

INTRODUCTION

L'apparition d'un décollement rétinien, précoce ou tardif, après intervention de cataracte constitue une complication redoutable dont la fréquence n'est pas négligeable.

Les complications post-opératoires, hémorragiques et surtout infectieuses, devenant de plus en plus rares, en raison d'une préparation plus poussée de l'opéré ou de l'utilisation de moyens thérapeutiques nouveaux tels que les antibiotiques, le décollement rétinien occupe maintenant la première place parmi les causes d'échec de l'extraction du cristallin.

Le but de ce travail est :

- 1) d'étudier, à partir des observations réunies dans le service de Clinique Ophtalmologique de la Faculté de Marseille, les conditions d'apparition, les caractéristiques cliniques et thérapeutiques du décollement de l'aphaque ;
- 2) de les comparer à celles qui ont été rapportées par les divers auteurs qui se sont attachés à l'étude de ces mêmes problèmes ;
- 3) de préciser leur traitement.

Il est, en effet, intéressant de constater que l'intérêt porté au décollement de l'aphaque n'a cessé de susciter des travaux importants. Déjà l'Encyclopédie de 1908 contient un article de H. DOR dans lequel il est presque surprenant de constater la présence de données très modernes concernant le rôle du vitré et de sa rétraction et celui de la myopie dans la genèse des décollements.

Par la suite, les deux faits historiques essentiels sont : d'une part, la découverte de la thérapeutique chirurgicale des décollements rétiens qui fut d'emblée appliquée aux décollements de l'aphaque et à laquelle GONIN consacre dans son traité un article parfaitement au point ; d'autre part, la généralisation de l'extraction intra-capsulaire du cristallin, qui fut l'origine de statistiques diverses et de nombreuses polémiques.

ques concernant la fréquence du décollement après extraction intra et extra-capsulaire, dont le détail sera rapporté plus loin.

Les travaux les plus récents, tout en reprenant les mêmes données, ont apporté des éléments cliniques importants, en particulier en ce qui concerne le rôle de la rétraction du vitré (SCHEPENS) et les indications thérapeutiques des résections sclérales.

Nous envisagerons successivement :

- 1) Les caractéristiques cliniques des décollements de l'aphaque ;
- 2) La fréquence du décollement après opération de cataracte, globalement et après extraction intra et extra-capsulaire. Données statistiques ;
- 3) Le rôle des incidents ou accidents opératoires ou post-opératoires, de l'état antérieur du globe oculaire et de l'état général du sujet.

Données étiologiques ;

- 4) L'étude de la date d'apparition du décollement par rapport à l'intervention pour cataracte. Données chronologiques ;
- 5) Les thérapeutiques appliquées et leurs résultats ;
- 6) Les données pronostiques ;
- 7) Les indications thérapeutiques.

Nous analyserons pour chacun de ces points nos résultats personnels que nous confronterons ensuite à ceux des autres auteurs.

I. — CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DU DÉCOLLEMENT DE L'APHAQUE

Nous n'étudierons dans ce chapitre que les particularités cliniques du décollement, en insistant sur les signes qui le différencient du décollement du sujet normal.

Il est classique d'insister sur l'extension rapide du soulèvement qui occupe en quelques jours une grande étendue de la surface rétinienne, souvent même la totalité du fond de l'œil ; de même que sur l'aspect rigide à plis tendus du décollement qui se traduit le plus souvent par une réapplication médiocre et même nulle après occlusion binoculaire et repos complet et prolongé.

Nous n'avons noté que 4 cas de réapplication satisfaisante de la la rétine sur 22 malades hospitalisés.

Le point le plus important de l'étude clinique du décollement de l'aphaque est le problème de la recherche, du dénombrement et de la localisation des déchirures rétinienne qui va conditionner l'intervention et le pronostic que l'on peut en attendre.

Il est classique de dire que, dans un pourcentage relativement important, il est très difficile de découvrir une déchirure (JEANDELIZE, BAUDOT et GAULT) ; tel était le cas dans 4 de nos observations, soit 19 % des décollements.

Les résultats rapportés récemment par SCHEPENS, utilisant sa technique personnelle d'examen ophtalmoscopique binoculaire qui lui permet une étude détaillée de l'extrême périphérie rétinienne, sont venus modifier cette conception.

Pour cet auteur, l'ophtalmoscopie indirecte avec l'aide d'un dépresseur scléral permet seule de voir la région de l'ora serrata et met ainsi en évidence la présence de « subclinical detachments », décollements trop récents et trop périphériques pour se manifester par une diminution de l'acuité visuelle ou une altération du champ visuel. Ces

soulèvements passent ainsi souvent inaperçus à l'ophtalmoscopie courante et ce fait a d'autant plus d'importance qu'ils seraient d'une grande fréquence chez l'aphaque.

Cette méthode permet à SCHEPENS de signaler un nombre important de déchirures dans ses observations, en effet 77 globes sur 79 sont porteurs de déchirures, soit un pourcentage de 97,5 % alors que 33 décollements avec déchirures seulement sont notés dans ce même groupe de malades, à l'examen ophtalmoscopique habituel, soit dans 44 % des cas.

Le nombre des déchirures observées dans 6 de nos cas était multiple ; ici encore les résultats de SCHEPENS sont intéressants à signaler : sur 88 décollements cet auteur note en effet 1 déchirure dans 11 % des cas seulement, la moyenne étant de 4 à 5 et le maximum de 16 sur le même décollement.

BAGLEY s'est lui aussi intéressé à cette étude ; nous reproduisons ci-dessous ses résultats :

NOMBRE DE DECHIRURES	PHAQUES		APHAQUES	
	Cas	Succès %	Cas	Succès %
Pas de déchirure	94	40,4	34	23,5
1 déchirure	101	59,3	17	47,1
2 déchirures	14	57,1	1	0
3 déchirures ou plus	7	42,9		
Désinsertion	17	47,1	4	75

TABLEAU 1 (BAGLEY)

L'aspect et la forme des déchirures étaient variables dans nos observations. Il s'agissait dans 8 cas de clapets, dont un de très grande dimension ; dans 4, de trous ; dans 2 cas, de déchirures périphériques en arcades et dans 1 cas, de désinsertion. Dans deux de nos observations un trou et un clapet coexistaient.

Peu de données comparatives nous sont signalées par les auteurs récents à ce sujet. Par contre la localisation des lésions rétiniennes et des déchirures semble avoir intéressé davantage les ophtalmologistes.

SCHEPENS groupe les lésions rétiniennes en 3 types :

- Lésions sur ou près de l'équateur.
- Lésions sur ou près de l'ora serrata.
- Lésions mixtes, équateur et ora serrata.

Les altérations équatoriales de la rétine sont plus fréquentes chez les sujets myopes. Les lésions de l'ora serrata sont deux fois plus fré-

quentes chez l'aphaque, les déchirures y sont nombreuses et difficiles à diagnostiquer à cause de leur petite dimension et de leur situation périphérique. Elles se caractérisent par :

— Plis rétinien seuls	33 %
— Petite dialyse seule	21 %
-- Dialyse et plis	17 %
-- Autres lésions	29 %

BAGLEY nous offre deux tableaux comparatifs entre phaqes et aphaques dans lesquels il étudie successivement le siège du décollement et celui des déchirures.

LOCALISATION	PHAQUES		APHAQUES	
	Cas	Succès %	Cas	Succès %
1/2 supérieure	48	56,2	19	31,5
1/2 inférieure	88	54,5	24	20,8
1/2 temporale	40	62,5	6	66,6
1/2 nasale	7	0	3	66,6
Généralisé	21	23,8	4	23

TABEAU 2 : SIEGE DU DECOLLEMENT (BAGLEY)

LOCALISATION	PHAQUES		APHAQUES	
	Cas	Succès %	Cas	Succès %
Temporale supérieure ...	64	53,1	9	66,6
Temporale inférieure	46	58,7	7	57,1
Nasale supérieure	14	71,4	3	66,6
Nasale inférieure	11	54,5	2	50
Trou maculaire	2	100	1	100

TABEAU 3 : SIEGE DES DECHIRURES (BAGLEY)

Il paraît donc évident, à la lumière de ces diverses constatations, qu'en dehors des caractéristiques cliniques classiques, il est actuellement nécessaire de réviser la notion de rareté relative des déchirures dans les décollements de l'aphaque. Cette rareté n'est probablement qu'apparente en raison des difficultés d'examen chez l'opéré de cataracte et surtout après extraction simple, cette intervention laissant souvent persister une membranule qui, même très fine ou incomplète, limite la dilatation pupillaire et gêne considérablement l'examen de la périphérie rétinienne, créant ainsi un obstacle à la découverte de la déchirure et par contre coup au traitement du décollement.

A ce sujet, Madame SCHIFF WERTHEIMER et SEDAN signalent « qu'une pupille libre et mobile est un avantage plus important et plus certain que le danger accru de décollement par extraction totale du cristallin », ce qui justifie l'intervention intra-capsulaire.

Ces résultats montrent en outre l'insuffisance des moyens habituels d'examen et l'utilité de techniques particulières, sur lesquelles SCHEPENS a eu le mérite d'insister.

II. DONNÉES STATISTIQUES

A. - FREQUENCE GLOBALE DU DECOLLEMENT DE LA RETINE APRES OPERATION DE CATARACTE.

De 1942 à 1950, compte tenu des années de guerre au cours desquelles le service de Clinique Ophtalmologique fut évacué, 1.204 extractions du cristallin furent pratiquées. Pendant cette même période 23 cas de décollement de l'aphaque ont été observés chez 22 malades, une opérée ayant présenté un décollement bilatéral, soit un pourcentage de 1,93 % des cas.

Ce pourcentage global est très comparable à ceux qui sont généralement rapportés : Madame SCHIFF WERTHEIMER et SEDAN (1947) 1,25 et 1,35 % ; KNAPP (1947) 6 cas sur 500 opérations soit un peu plus de 1 % ; FRANÇOIS (1946) 10 cas sur 298 interventions soit 3,3 % ; HUGUES et OWENS (1947) 31 cas sur 2086 opérations soit 1,49 % ; DAVIS (1947), 16 cas sur 1.750, soit 0,92 %.

On peut donc considérer qu'en moyenne sur 100 opérés de cataracte, 1 à 3 seront plus ou moins précocement atteints d'un décollement rétinien. Il s'agit là d'un pourcentage qui est loin d'être négligeable, surtout si l'on tient compte, comme nous le verrons plus tard, du pronostic relativement défavorable de cette forme de décollement. Il est donc à priori justifié de s'attacher le plus possible aux circonstances d'apparition du décollement, dont une connaissance précise devrait permettre d'en limiter le nombre.

B. - FREQUENCE RELATIVE DU DECOLLEMENT DE L'APHAQUE PAR RAPPORT AUX AUTRES FORMES DE DECOLLEMENT.

Ce point est également intéressant à préciser ; en effet, pendant la même période 145 décollements rétiniens ont été opérés dans le service de Clinique Ophtalmologique sur des sujets non aphaques. Le pourcen-

tage des décollement de l'aphaque (23) par rapport à la totalité des décollements (145 + 23) est donc de 13,8 % soit environ de 1 sur 7.

Les statistiques des divers auteurs nous fournissent les chiffres suivants qui concordent avec les nôtres : KNAPP rapporte 37 cas sur 400 soit 9 % ; DAVIS (1947) 16 sur 104, soit 15 % ; BAGLEY (1948) 58 sur 362, soit 16 % ; SCHEPENS (1951) 88 cas sur 387, soit 23 % ; il s'agit donc ici encore de pourcentages importants.

C. - FREQUENCE COMPARATIVE DU DECOLLEMENT RETINIEN APRES EXTRACTION INTRA ET EXTRA-CAPSULAIRE DU CRISTALLIN.

C'est un point d'une importance capitale qu'il faut préciser avec la plus grande rigueur.

Nos résultats sont les suivants : (Les interventions ont été pratiquées selon les techniques courantes actuelles) 877 extractions totales, dont 20 % environ à la ventouse, avec iridectomie totale ou une ou deux iridectomies ou iridotomies périphériques selon les cas. Dans 327 cas une extraction extra-capsulaire a été réalisée, soit systématiquement, soit après rupture de la capsule.

Sur les 23 décollements observés, 21 sont survenus après extraction totale. 1 après une discision pour cataracte secondaire et 1 après une extraction extra-capsulaire compliquée.

Le pourcentage des décollements après extraction totale se trouve donc être de 2,3 % et après extraction simplé de 0,6 %.

Nos résultats seraient donc très en faveur du rôle prédisposant de l'extraction totale, surtout si l'on considère qu'un certain nombre de myopes forts, à priori plus prédisposés au décollement rétinien, ont été systématiquement opérés extra-capsulairement.

Il n'en convient pas moins d'attribuer à ces chiffres une valeur relative et de les comparer aux autres statistiques qui peuvent également être modifiées dans un sens, les séries n'étant pas statistiquement valables.

L'opinion de GONIN peut servir de point de départ et doit être retenue en raison de l'autorité et de l'expérience de cet auteur. GONIN classe, sans donner de chiffres, par ordre de danger dans la genèse du décollement rétinien : la discision de cataracte secondaire, l'extraction totale et l'extraction extra-capsulaire sans discision. Il signifie ainsi nettement que la discision d'une membrane après extraction simple fait courir au malade un danger plus grand qu'une extraction totale et ceci

devrait jusqu'à un certain point contribuer à la défense de l'extraction intra-capsulaire. Une de nos observations du reste en est un exemple frappant (obs. XI) puisqu'un décollement rétinien est apparu quelques jours seulement après une discision chez un malade opéré plusieurs années auparavant d'extraction simple du cristallin.

Après GONIN, des opinions et des statistiques très diverses ont été rapportées dont l'analyse est souvent difficile. De SAINT-MARTIN, dans son rapport de 1935, après avoir cité un certain nombre de travaux antérieurs, ne tire pas de conclusions précises en ce qui concerne le point qui nous intéresse actuellement mais déclare que son impression n'est « nullement défavorable à l'extraction totale ». Il cite l'opinion de MANES, pour qui le décollement de la rétine serait plus fréquent après extraction intra-capsulaire et celle de KNAPP qui soutient la thèse inverse.

Les auteurs plus récents rapportent eux aussi des faits et des statistiques variés. C'est ainsi que JEANDELIZE, BAUDOT et GAULT (1935) ont observé seulement 3 décollements sur 625 extractions extra-capsulaires soit 0,48 % ; FRANÇOIS, 1 cas sur 117, soit 0,85 %, par contre ce même auteur rapporte 10 cas de décollement pour 298 totales, soit 3,3 % ; ARRUGA, 25 sur 1.000, soit 2,5 %.

D'autres auteurs donnent des résultats comparatifs ne tenant compte que des cas observés sans s'intéresser au nombre total d'interventions de chaque type.

C'est ainsi que KNAPP cite 23 cas de décollement après extraction totale, 7 après extra-capsulaire simple et 7 après extra-capsulaire suivie de discision ; DAVIS (1947) 12 après totale, 3 après extra-capsulaire ; SCHEPENS (1951) 64 cas après intra-capsulaire, 11 après extraction simplé et 5 après discision. Madame SCHIFF WERTHEIMER et SEDAN sont d'avis d'une répartition sensiblement égale entre les deux types d'intervention. ELSCHNIG (1931), par contre, pense que 80 % des décollements de l'aphaque surviennent après extraction totale.

Le rapport de DE SAINT-MARTIN fait état de 2 cas après extra-capsulaire et de 9 cas après extraction totale.

Il est difficile de conclure formellement à partir de statistiques qui ne tiennent pas compte de la proportion d'interventions intra et extra-capsulaires pratiquées et de nombreuses causes d'erreur notamment la possibilité pour le malade d'aller consulter un autre ophtalmologiste. Il n'en semble pas moins vrai que la plupart des auteurs concluent à une fréquence relativement plus grande de décollements de la rétine après extraction intra-capsulaire.

Cette constatation ne doit cependant pas faire oublier que la discision d'une cataracte secondaire peut être tenue pour responsable de décollements dans un pourcentage au moins égal, sinon supérieur à celui des extractions totales (1 cas sur 35 dans nos statistiques) et que les difficultés ophtalmoscopiques rencontrées sur un œil opéré extra-capsulairement assombrissent considérablement le pronostic.

III. — DONNÉES ETIOLOGIQUES

A. - RÔLE DES COMPLICATIONS OPÉRATOIRES ET POST-OPÉRATOIRES DANS LA GÉNÈSE DU DÉCOLLEMENT DE L'APHAQUE.

Un certain nombre de complications opératoires ou se produisant dans les suites immédiates de l'intervention peuvent être invoquées dans la genèse du décollement de l'aphaque.

Issue de vitré.

L'issue de vitré en est la principale et son rôle favorisant est admis par tous les auteurs.

La fréquence des pertes de vitré dans notre statistique est la suivante :

- Extraction totale : 94 sur 877, soit 10,7 %.
- Extraction simple : 28 sur 327, soit 8,2 %.

Ces pourcentages sont comparables à ceux rapportés par la majorité des auteurs. DE SAINT-MARTIN : 14,45 % et 21,13 % ; FRANÇOIS : 7,7 %, et KNAPP : 9 %.

Toutefois la fréquence des issues de vitré a considérablement diminué dans les dernières séries opératoires par suite de modifications de technique.

L'influence de l'issue de vitré au cours de l'intervention sur l'apparition d'un décollement rétinien est de la plus haute importance puisque 8 sur nos 23 cas avaient présenté cet accident opératoire, 6 au cours d'une extraction totale, 1 au cours d'une extraction simple et 1 au cours d'une discision.

D'un autre point de vue, 6 des 94 malades opérés d'intra-capsulaire, avec issue de vitré, présentèrent un décollement rétinien, ce qui représente un pourcentage de 6,2 % contre 14 cas sur 783 sans issue de vitré, soit 1,8 %.

Ces chiffres portent sur des séries assez importantes pour être significatifs et montrent bien le rôle favorisant de l'issue de vitré dans la genèse du décollement rétinien de l'aphaque.

Cette importance a d'ailleurs été affirmée par la majorité des ophtalmologistes et déjà notamment par DOR dans l'*Encyclopédie d'Ophtalmologie* de 1908.

Seul parmi les auteurs actuels SCHÉPENS ne lui attribue pas une valeur importante, se basant essentiellement sur le fait que le décollement rétinien peut apparaître après des extractions extra-capsulaires exemptes de vitré. Von HIPPEL et BAURMANN, cités par DE SAINT-MARTIN, rapportent une statistique particulièrement significative. Sur 99 malades opérés avec issue de vitré, 10 firent un décollement rétinien, soit environ 10 %, alors que, sur les 931 sujets opérés sans vitré, 17 seulement, soit 1,6 %, présentèrent cette complication.

Les résultats de nombreux auteurs, bien que moins probants, n'en sont pas moins significatifs : 4 cas sur 9 cités par DE SAINT-MARTIN ; 3 sur 10 par FRANÇOIS ; 3 sur 16 par DAVIS.

Selon BAGLEY (1948), 20 % au moins des décollements de l'aphaque surviennent après issue de vitré et HUGUES et OWENS (1947) estiment que la fréquence du décollement est directement proportionnelle à la fréquence des issues de vitré.

Le mécanisme selon lequel la perte de vitré prédispose au décollement, en dehors de l'hypotonie, le plus souvent transitoire, a été clairement pressenti par DOR qui invoque l'adhérence de filaments vitréens à la plaie opératoire ou la présence dans ces cas de tractus cylindriques. De même GONIN insiste sur l'importance des tractions exercées sur la rétine par un corps vitré rétracté.

Beaucoup plus récemment, SCHEPENS a insisté sur la rétraction du vitré dans les décollements rétiniens. Elle serait pour cet auteur plus fréquente chez les aphaques : 24 % contre 12 %, elle se verrait de préférence chez les sujets de moins de 50 ans et surviendrait plus volontiers sur des globes ayant subi une perte plus ou moins importante de vitré en cours d'intervention.

La fréquence de la rétraction massive chez l'aphaque, dont il retrace un aspect ophtalmoscopique détaillé avec la fixité des plis rétiniens, radiaires ou en couronne équatoriale, leur persistance, malgré le repos, serait due à la présence de lésions de chorio-rétinite périphérique atteignant la base du vitré et lui causant un trouble profond.

SCHEPENS s'attache à montrer le mauvais pronostic opératoire de ces rétractions massives, contre lesquelles les interventions courantes et les résections sclérales semblent sans effet.

L'opinion de JOHNSON est que le facteur important réside plus dans les modifications structurales subies par le corps vitré que dans la perte d'une certaine quantité de celui-ci.

BAGLEY pense que l'importance de l'issue du vitré dans la genèse du décollement rétinien a été considérablement exagérée par de nombreux auteurs. Il note la plus grande fréquence d'opacités du vitré dans les décollements des sujets non opérés de cataracte : 45 % pour 10 %.

Autres complications.

En dehors de l'issue de vitré et de sa rétraction, dont la recherche n'a pu être faite systématiquement dans nos observations, aucune complication opératoire ou post-opératoire notable, si ce n'est un cas d'iritis gommeuse, n'a pu être retenue dans notre statistique.

Il n'en est pas de même dans les séries d'observations de FRANÇOIS, de BAGLEY et plus particulièrement de SCHEPENS.

FRANÇOIS rapporte en effet 2 cas d'iritis post-opératoire sur 4 cas de décollement d'apparition précoce.

SCHEPENS a noté 5 hernies de l'iris sur 88 décollements après aphaquie, soit 7 %, et dans 20 cas, soit 23 %, une uvéite pré-opératoire récente ou post-opératoire à laquelle il attribue une grande valeur et qui prédisposerait en particulier à la rétraction du vitré, comme nous l'avons antérieurement signalé.

Dans 6 cas enfin un décollement rétinien s'était produit après un glaucome post-opératoire.

BAGLEY, d'autre part, signale un phénomène intéressant : la positivité du TYNDALL de l'humeur aqueuse qui serait plus fréquente au cours du décollement de l'aphaque (10 % contre 5 %) mais qui ne semble pas avoir une valeur pronostique très nette contrairement à ce que l'on pouvait penser. (Voir tableau 10.)

B. - ROLE DES CONDITIONS OCULAIRES.

Certains yeux plus que d'autres sont exposés au décollement idiopathique, il en est de même pour le décollement après aphaquie.

a) Rôle de la myopie.

Invoqué par DOR, le rôle de la myopie a été souvent cité et souvent discuté par les ophtalmologistes. Dans 12 cas sur 23, soit dans plus de la moitié des malades, existait une myopie pré-opératoire de

plus de 5 dioptries et il est à noter que sur les 7 cas ayant présenté une issue de vitré, 4 étaient myopes.

La majorité des auteurs affirme, sous des formes différentes, le facteur prédisposant de la myopie. C'est ainsi qu'ARRUGA, sur 893 opérés de cataracte non myopes, observe 1,16 % de décollements, tandis qu'il en signale 12 % chez ses opérés myopes. GONIN, BAURMANN, JEANDELIZE BAUDOT et GAULT, ainsi que DE SAINT-MARTIN insistent sur le rôle de la myopie ; Madame SCHIFF WERTHEIMER et SEDAN signalent ce fait avec le maximum de fréquence chez les sujets jeunes.

Quelques autres auteurs dont BAGLEY ne semblent pas attacher une grande importance à ce facteur étiologique.

b) Le décollement en fonction de la forme clinique de la cataracte.

SCHEPENS est le seul auteur qui, à notre connaissance, ait étudié la fréquence du décollement rétinien en fonction du type de cataracte.

Nous reproduisons ci-dessous ses résultats :

	CAS	%
Opacités corticales postérieures	29	47
Opacités corticales postérieures de l'autre œil	15	24
Opacités nucléaires, cavaliers	13	21
Cataractes congénitales	1	1,6
Dislocation cristallinienne sans cataracte	2	3,2
Cataractes traumatiques	2	3,2
<i>Total</i>	62	100

TABLEAU 4 (SCHEPENS)

En résumé, fort pourcentage de décollements dans les formes corticales postérieures dont le rapport avec les lésions inflammatoires ou dégénératives de l'ora serrata ne serait pas à négliger.

c) Lésions de chorio-rétinite et de choroïdose myopique.

Ces lésions disséminées ou localisées à la périphérie rétinienne ont été notées dans de nombreuses observations.

Il est certain que le rôle de telles lésions est important dans la genèse des déchirures (GONIN) surtout lorsque se produit une rétraction du vitré.

Les recherches de SCHEPENS ont montré, grâce à une technique ophtalmoscopique nouvelle, permettant une exploration très périphérique de la rétine, l'importance et la grande fréquence des lésions de choroidite

équatoriale et surtout rétro-ciliaire expliquant la multiplicité des déchirures rétiniennes dans le décollement de l'aphaque.

C - ROLE DES FACTEURS GENERAUX.

Aucun élément pathogénique général ne ressort d'une façon frappante de nos observations. Deux sujets étaient des syphilitiques anciens, traités, qui ne présentaient pas de tare organique grave.

Du point de vue âge, quelques-uns de nos malades étaient des aphaques jeunes ou d'âge moyen mais la majorité se situe autour de 60-70 ans ; nous notons enfin 5 sujets dépassant 70 ans.

Madame SCHIFF WERTHEIMER et SEDAN pensent que sont surtout prédisposés au décollement rétinien, les aphaques jeunes de moins de 50 ans, à cause des lésions de chorio-rétinite équatoriale le plus souvent myopiques, et les sujets de plus de 70 ans du fait de la fréquence à cet âge avancé d'altérations vasculaires de la rétine.

IV. — DONNÉES CHRONOLOGIQUES

La date d'apparition du décollement rétinien après l'intervention pour cataracte est un élément clinique très important.

Les délais s'échelonnent dans nos cas entre 10 jours et 10 ans. Si nous prenons comme limites les périodes de trois mois et 1 an, nous trouvons :

- 11 décollements survenus dans une période de moins de trois mois ;
- 5 décollements entre trois mois et un an ;
- 7, un an et plus après l'intervention.

Le fait qui nous semble le plus significatif est la précocité d'apparition du décollement quand une issue de vitré s'est produite en cours d'extraction totale.

En effet, sur les 11 cas survenus moins de trois mois après l'intervention de cataracte, 10 sont des extractions totales dont 6 avec issue de vitré. Tous les décollements rétiens survenus après issue de vitré, excepté dans deux cas, sont apparus moins de trois mois après l'intervention pour cataracte.

Dans les autres observations au contraire, les délais sont plus variables: des années (1 an, 2 ans, 2 ans 1/2, 2 ans 1/2, 3, 6 et 10 ans), plusieurs mois [11 mois, 2 fois 6 mois, 4 mois (2 cas), 2 mois 1/2 (3 cas), 1 mois 1/2], enfin dans 1 cas, 10 jours, ce malade ayant été examiné 5 jours après l'intervention de cataracte et aucun décollement n'ayant été noté à ce moment.

DATE D'APPARITION	Cas	Vitré	Totale	Simple	Disc.
Moins de 3 mois	11	6	10	—	1
3 mois à 1 an	5	—	5	—	—
Plus d'1 an	7	2	6	1	—

TABLEAU 5

Les mêmes variétés chronologiques ont été enregistrées par les

divers auteurs et il nous paraît raisonnable d'admettre, avec certains d'entre eux, pour les cas tardifs, que l'intervention de cataracte ne joue qu'un rôle déclenchant peu important ou nul (SEDAN et GUILLOT, Madame SCHIFF WERTHEIMER et SEDAN). FRANÇOIS admet qu'un décollement apparaissant 1 an 1/2 après une intervention de cataracte est sans rapport avec l'acte chirurgical.

Les pourcentages chronologiques de SCHEPENS, qui n'en donne pas d'interprétation, sont les suivants :

DATE D'APPARITION	Cas	%
Moins de 3 mois	19	21
De 3 mois à 1 an	16	18
De 1 à 18 ans	34	39

TABLEAU 6 (SCHEPENS)

BAGLEY rapporte 55 % des cas au-delà des 6 premiers mois et 35 % au-delà de 2 ans.

KNAPP publie 6 cas dont l'un après issue de vitré se produit 2 mois après l'intervention de cataracte. Dans tous les autres cas il n'y eut pas d'issue de vitré et le décollement apparut entre 1 et 2 ans après l'intervention.

Cette précocité générale des décollements de l'aphaque, après issue de vitré, nous paraît être un caractère important, mettant en évidence le rôle essentiel de cet incident opératoire dans la genèse du décollement. Elle permet indirectement de confirmer la différence pathogénique existant entre les décollements précoces, directement conditionnés par l'extraction du cristallin, décollements après aphaquie, et les cas tardifs dans lesquels celle-ci ne joue qu'un rôle accessoire et que l'on pourrait appeler décollements chez l'aphaque.

V. — TRAITEMENT CHIRURGICAL DU DÉCOLLEMENT RÉTINIEN DE L'APHAQUE TECHNIQUES - RÉSULTATS

Le traitement du décollement rétinien après aphaquie est uniquement chirurgical et ici encore nous ne nous attacherons qu'à l'étude de ses particularités.

Malgré des circonstances cliniques souvent très défavorables, 21 malades ont été opérés, soit 22 cas sur 23. Il s'agissait dans plusieurs cas de décollements déjà anciens, fixés, presque à coup sûr voués à l'échec. Il était nécessaire de le signaler car il est en effet difficile de pouvoir comparer d'une façon très stricte les résultats obtenus à ceux de nombreux auteurs qui se limitent au pourcentage des cas favorables et éliminent d'emblée les formes graves, inopérables ou sans espoir de récupération.

Ces résultats ont été favorables dans 6 cas soit 27 %. Dans 15 observations un échec total a été observé et dans un autre cas une réapplication partielle mais durable a été obtenue.

Les acuités visuelles notées chez ces malades sont les suivantes : 10/10, 4/10 (2 cas), 3/10 (2 cas), 1/10 et 1/20. Une observation particulière est à citer (Obs. 8-9), décollement bilatéral survenu après extraction totale, sans issue de vitré, mais sur des yeux myopes, dans laquelle un échec total a été rencontré après deux interventions d'un côté et trois de l'autre.

Un autre fait plus général extrêmement important à noter est l'échec total après issue de vitré, sauf dans un cas de discision (Obs. 11) ou une acuité visuelle de 10/10 fut obtenue.

L'intervention pratiquée fut très généralement du type GONIN-WEVE.

Nous pouvons donc dire que les résultats obtenus dans nos obser-

ventions, par des méthodes classiques, sont loin d'être satisfaisants et que le pronostic du décollement rétinien de l'aphaque se révèle comme étant plus grave que celui du décollement du sujet normal, pour lequel nos pourcentages de bons résultats sont comparables à ceux de la majorité des auteurs actuels.

Les résultats rapportés sont souvent meilleurs que les nôtres, bien que l'unanimité des auteurs s'accorde à reconnaître que l'aphaquerie est une cause aggravante indiscutable.

Les pourcentages varient de 7 à 72 %, nous en citerons quelques-uns : FRANÇOIS donne environ 50 % de chances de guérison ; JEANDELIZE BAUDOT et GAULT, 33 % ; BAGLEY, 35 % ; HUGUES et OWENS, 35 % ; ARRUGA (1948), 43 % ; GUYTON (1949), 30 %, après une première intervention et 30 % après réintervention ; BERENS, HALL, SMITH et Mc ALPINE, 18 % ; DUNNINGTON et MACNIE, 15,4 % ; SHAPLAND, 7 % ; SCHEPENS enfin donne 72 % de bons résultats mais ce pourcentage nous paraît un peu optimiste, d'autant plus que cet auteur élimine 19 cas généralement considérés comme incurables et qui ne sont pas intéressés par la statistique.

VI. DONNÉES PRONOSTIQUES

Quels sont les éléments cliniques qui peuvent permettre de fixer, ne serait-ce qu'approximativement, le pronostic d'un décollement rétinien apparaissant sur un œil opéré de cataracte.

L'âge de l'opéré.

Le rôle de ce facteur a été diversement interprété. BAGLEY pense que le rôle aggravant de la sénilité, certain pour le décollement banal, ne jouerait pas pour le décollement de l'aphaque. SCHEPENS, au contraire, signale le mauvais pronostic des formes du vieillard lié à la grande fréquences des lésions dégénératives de la rétine. Aucun pourcentage de succès en fonction de l'âge du sujet n'a été fait à notre connaissance et nous ne pouvons nous-mêmes rien conclure de nos observations.

La réfraction du sujet.

Sur 12 décollements survenus chez des malades myopes, 3 résultats opératoires se sont montrés satisfaisants, soit dans 25 % des cas. Ce pourcentage est identique à celui obtenu chez les sujets présentant une réfraction normale.

De nombreux auteurs, parmi lesquels ARRUGA, insistent sur la gravité du pronostic chez le myope et surtout le myope fort. BAGLEY donne une statistique qui fait ressortir non seulement le rôle aggravant de la myopie forte mais aussi celui de l'hypermétropie.

Le type d'extraction du cristallin.

Les résultats obtenus comparativement après extraction intra et extra-capsulaire sont diversement appréciés mais l'on s'accorde généralement à admettre que ceux-ci sont meilleurs après extraction totale.

Il nous est difficile de pouvoir donner notre avis sur ce point car sur les 23 décollements observés dans le service de Clinique Ophtalmologique, 21 sont survenus après extraction totale du cristallin.

SCHEPENS, qui présente 88 cas de décollement, nous donne la statistique suivante :

TYPE D'EXTRACTION	Pas			TOTAL
	Opération	Echec	Succès	
Extraction intra-capsulaire	9	21	34	64
Extraction extra-capsulaire . . .	2	5	4	11
Discision	—	4	1	5
<i>Total</i>	11	30	39	80

TABLEAU 7 (SCHEPENS)

En résumé, meilleur pronostic des décollements survenus après extraction totale. SCHEPENS avec un grand nombre d'auteurs insiste sur les difficultés d'examen ophtalmoscopique après extraction simple qui, rendant très souvent la dégouverte ou le repérage précis des déchirures impossible et gênant l'intervention, diminuent les chances de succès.

Le rôle du vitré.

L'élément essentiel qui ressort de nos observations est le rôle péjoratif certain de la perte de vitré.

Ce fait, constaté par KNAPP et confirmé récemment par SCHEPENS et surtout par BAGLEY, nous semble de la plus haute importance, tous nos cas sauf un, avec issue de vitré, ayant donné de mauvais résultats opératoires comme nous l'avons déjà signalé.

SCHEPENS attache, à juste titre, une grande importance pronostique à la rétraction massive du vitré, principale cause d'échec et dont la présence peut quelquefois à elle seule contre-indiquer l'acte opératoire, ces formes de décollements étant d'emblée considérées comme incurables. Ce tableau de SCHEPENS nous montre que 19 malades sur 88 n'ont pas été opérés et que sur les 12 cas présentant une rétraction massive du vitré, 11 échecs sont observés, ce qui confirme la grande valeur pronostique de ce fait. (Tableau 8.)

	Pas Opération	Echec	Succès	TOTAL
Perception lumineuse ou opération refusée	8	—	—	8
Opération non envisagée	11	—	—	11
Rétraction massive du vitré avec larges plis fixes		11	1	12
Petits plis fixes		5	5	10
Rétraction massive du vitré post-opératoire		7	0	7
Réopération refusée		4		4
Hémorragie post-opératoire du vitré		2		2
Echec inexplicable		1		1
Réapplication			33	33
<i>Total</i>	19	30	39	88

TABLEAU 8 (SCHEPENS)

De même BAGLEY attache une importance capitale à l'état du corps vitré, opacification ou perte, et analyse les résultats opératoires en fonction de la présence ou de l'absence du phénomène de TYNDALL de la chambre antérieure, phénomène qui ne semble pas avoir une aussi grande importance pronostique chez les aphaques que chez les malades qui ont conservé leur cristallin comme le démontre le tableau.

	Cas	Succès %
Issue de vitré	12	16
Pas d'issue de vitré	40	37
Opacités du vitré	5	20
Pas d'opacités du vitré	53	35,8

TABLEAU 9 (BAGLEY)

		Cas	Succès %
PHAQUES	TYNDALL	16	8,3
	Pas de TYNDALL	231	52,3
APHAQUES	Pas de TYNDALL	52	34,6
	TYNDALL	6	33,3

TABLEAU 10 (BAGLEY)

La forme clinique du décollement joue un rôle très important. On peut étudier le pronostic suivant le nombre et le siège des déchirures, le degré du soulèvement, et son siège, son ancienneté.

Les résultats sont d'autant plus mauvais que la déchirure n'a pas été trouvée. Les déchirures multiples, très périphériques, souvent associées à des lésions dégénératives ou infectieuses de la rétine ont évidemment un pronostic moins favorable que lorsqu'une seule déchirure a été repérée à l'examen ophtalmoscopique.

Les désinsertions par contre semblent donner de bons résultats opératoires. WEVE signale 100 % de succès dans ce cas.

BAGLEY qui a bien étudié cette question (Voir tableaux : 1, 2, 3) pense que le siège des déchirures et du décollement n'ont pratiquement pas de valeur pronostique, par contre la durée du décollement avant l'intervention a une importance capitale et de nombreux auteurs se sont attachés à le prouver.

AVIZONIS obtient :

- 74 % de succès avant 3 semaines ;
- 53 % entre 3 semaines et 3 mois ;
- 6,7 % seulement après 3 mois.

C'est encore BAGLEY qui nous donne un tableau détaillé des succès obtenus en fonction de l'ancienneté du décollement.

ANCIENNETE	Succès	
	Cas	%
1 à 6 jours	9	33,3
7 à 13 jours	15	26,7
14 à 20 jours	6	50
21 à 28 jours	4	75
1 à 2 mois	9	33,3
3 à 5 mois	4	0
6 à 9 mois	3	33,3
10 à 12 mois	1	0
1 à 2 ans	1	0
Plus de 2 ans	2	0

TABLEAU 11 (BAGLEY)

On remarque que les 43 cas opérés avant 2 mois ont donné 37 % d'améliorations alors qu'un seul bon résultat a été obtenu sur les 11 cas opérés après 2 mois.

VII. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

La seule thérapeutique appliquée au décollement rétinien de l'aphaque est chirurgicale. Les contre-indications à cette intervention doivent être réduites au minimum et, d'une façon générale, seuls les dangers d'un décubitus prolongé chez des sujets très âgés ou des atteintes profondes de l'état général peuvent faire renoncer à opérer.

D'un point de vue local, il est à notre avis nécessaire d'intervenir dans le plus grand nombre de cas possible et de ne pas abandonner les décollements pour lesquels une chance de succès est extrêmement réduite ; il a été en effet obtenu chez des malades appartenant à une période chronologique postérieure à celle à laquelle nous nous sommes limités, des résultats positifs par des techniques nouvelles dans des cas qui paraissaient désespérés.

Il est évident que les résultats obtenus en opérant tous les malades sont moins favorables et que l'élimination de la statistique, des cas graves non opérés, améliore considérablement le pourcentage de succès opératoires.

L'intervention doit être aussi précoce que possible, après une période d'immobilisation qu'il nous semble inutile de prolonger au-delà de 10 à 15 jours, en position appropriée et avec occlusion binoculaire stricte. Il est à noter que les déchirures multiples rendent dans certains cas difficile à déterminer la position la plus favorable du globe oculaire pour obtenir la réapplication de la rétine.

Le point essentiel est le type d'intervention à pratiquer en fonction des éléments cliniques. Nos résultats démontrent jusqu'à un certain point l'inefficacité des interventions classiques type GONIN WEVE, même répétées, dans le décollement de l'aphaque. Cette opération a été utilisée dans tous nos cas. Elle reste malgré tout indiquée quand le décollement, se rapprochant de celui de l'œil phaque, se réapplique facilement, ne présente ni de rétraction du vitré ni de nombreuses déchirures disséminées et enfin s'il s'agit d'une première intervention.

Nos échecs, comme ceux de la majorité des auteurs, démontrent la nécessité d'utiliser d'autres méthodes dans les cas défavorables.

Certains moyens tels l'injection d'air dans le vitré ou de LCR ou même de vitré transplanté, peuvent permettre d'obtenir une réapplication mécanique. Seule l'injection d'air au moment de l'opération nous semble justifiée, bien que son mécanisme d'action nous paraisse un peu simpliste et qu'il soit possible d'envisager un effet perturbateur secondaire lors des déplacements même minimes du globe.

L'indication essentielle dans les cas défavorables est la résection sclérale selon MULLER LINDNER, suivie ou non de diathermo-coagulation. Cette intervention qui a été pratiquée depuis l'analyse des résultats rapportés ci-dessus, nous a permis de constater des résultats encourageants dans des cas voués à l'échec s'ils avaient été opérés par la méthode GONIN WEWE. Nous pensons qu'il est nécessaire d'associer à une résection sclérale une diathermo-coagulation.

Cette résection peut être laminaire ou totale selon les cas, mais, avec LINDNER, il nous semble préférable de pratiquer une résection totale qui, avec une ponction évacuatrice préalable, n'est techniquement pas plus difficile et donne des résultats plus satisfaisants.

Nous n'analyserons pas ici les résultats obtenus, ces techniques n'ayant pas été appliquées aux cas dont nous avons rapporté les observations.

OBSERVATIONS

OBERVATION 1

M^{me} M... Léontine, 66 ans.

Janvier 1950. — Cataracte OD opérée en 1949. Deux mois l'intervention baisse importante de l'acuité visuelle.

Traitement anti-spécifique en cours. Hypertension artérielle importante.

L'examen oculaire montre :

VOD : Voit bouger la main.

Mauvaises projections lumineuses dans le secteur temporal supérieur.

VOG : 1/50^e Cataracte nucléaire. Bonnes projections lumineuses.

FO : OD : Décollement généralisé maximum dans le secteur temporal. Soulèvement peu important. Cinq déchirures sont visibles à la périphérie temporale supérieure en forme de nid de pigeon.

Présence de nombreuses hémorragies rétinienne de petites dimensions avec signes de péri-artérite très marqués.

22 mars 1950. — Intervention OD : Plusieurs coagulations en surface suivies de plusieurs ponctions perforantes dans le secteur temporal supérieur.

Suites opératoires : Echec total.

OBSERVATION 2

M^{me} R... Marguerite, 78 ans.

Février 1949. — Intervention de cataracte OD.

Suites opératoires bonnes.

VOD : 5/10^e avec correction.

FO : Grosses lésions vasculaires du fond d'œil avec sclérose chorio-rétinienne et lésions de capillarite.

VOG : 3/10^e. Cataracte corticale évolutive.

Septembre 1949. — Aggravation des lésions vasculaires du fond de l'œil avec apparition d'exsudats et de nombreuses hémorragies capillaires.

VOG : 1/20^e.

10 mai 1950. — Intervention de cataracte OG.

Extraction totale sans incidents, iridectomie totale.

26 mai 1950. — Décollement rétinien temporal supérieur OG.

Déchirure unique en clapet.

7 juin 1950. — Intervention de décollement OG, technique habituelle.

Issue d'une assez grande quantité de liquide après application de ponctions perforantes.

4 août 1950. — Bonne réapplication de la rétine.

VOG : 4/10^e. (150 + 3) + 11.

Les lésions du FO sont stationnaires.

OBSERVATION 3

M. V... Victor, 48 ans.

Malade atteint de cataracte de l'OD. Myopie ancienne.

VOD : 1/30°. Leucome adhérent para-central à 5 h. avec vaisseaux cornéens superficiels, dépôts pigmentaires sur la cristalloïde ant. Iridododésis.

Cataracte brune à gros noyau.

FO : Invisible.

Bonnes projections lumineuses.

VOG : PL.

Séclusion pupillaire presque complète, iris en tomate.

Cataracte totale.

Mauvaises projections lumineuses dans le secteur nasal sup. Décollement.

18 juillet 1947. — Intervention de cataracte OD.

Extraction totale à la ventouse ; pas d'issue de vitré.

Large iridectomie périphérique, pas d'hémorragie.

Suites opératoires :

Signes irritatifs importants, œdème de la cornée.

9 octobre 1947. — VOD : 5/10° + 0,75.

Début juillet 1948. — VOD : 1/50°.

Décollement rétinien temporal. Soulèvement très important. Pas de déchirure visible.

21 juillet 1948. — Intervention OD.

Barrage à la boule diathermique.

Ponctions faisant sourdre une grande quantité de liquide.

Suites opératoires. Echec total.

OBSERVATION 4

M. T... René, 58 ans.

Baisse progressive de l'acuité visuelle chez un malade présentant une myopie forte.

VODG : 1/50. Cataracte nucléaire bilatérale.

Bonnes projections lumineuses.

14 octobre 1942. — Intervention OD.

Extraction totale. 2 iridectomies périphériques.

Légère issue de vitré.

Prolapsus irien réduit en cours d'intervention.

31 octobre 1942. — Intervention OG.

Extraction totale sans incident.

12 novembre 1942. — VODG : 2/10.

Lésions myopiques dégénératives du fond de l'œil.

22 juillet 1948. — Décollement rétinien OD. Soulèvement supéro-nasal avec une déchirure en clapet dans le méridien de 1 h.

11 octobre 1948. — Intervention OD. Technique habituelle.

Les suites opératoires ont montré un échec total de l'opération. Décès accidentel.

OBSERVATION 5

M. C... Eugène, 70 ans.

VOD : 1/50. Cataracte. Bonnes projections lumineuses.

VOG : 4/10. Atrophie chorio-rétinienne sans lésions dégénératives évolutives du fond de l'œil.

11 octobre 1950. — Intervention de cataracte OD.

Extraction extra-capsulaire. Issue d'une assez grande quantité de vitré immédiatement après l'incision cornéenne, prolapsus irien.

Il est pratiqué une large iridectomie totale.

Dans les suites opératoires, l'examen montre la présence de nombreuses masses cristalliniennes dans l'aire pupillaire avec une légère hémorragie dans la chambre antérieure.

VOD : PL.

13 novembre 1950. — Mauvaises projections lumineuses.

A l'examen : Décollement généralisé avec une énorme déchirure nasale inférieure s'étendant de 3 h. à 6 h. Désinsertion à l'ora serrata.

Le malade sort du service sans être opéré.

OBSERVATION 6

M^{me} D... Rose, 66 ans.

VOD : PL. Bonnes projections.

Cataracte corticale.

VOG : Compte les doigts à 20 cm.

Cataracte corticale post. Bonnes projections lumineuses.

FO : Staphylome post. Lésions de chorio-rétinite myopique. Artériosclérose

6 avril 1949. — Intervention de cataracte OD.

Extraction totale sans incident. 2 iridectomies périphériques.

Suites opératoires normales.

11 septembre 1949. — Décollement rétinien OD. Soulèvement inférieur avec nombreuses déchirures, de petite dimension.

27 septembre 1949. — Intervention de décollement OD.

Diathermo-coagulation dans la région inférieure suivie de plusieurs ponctions perforantes.

Persistance du décollement inférieur qui paraît fixé.

VOD : PL.

Echec.

OBSERVATION 7

M. T... Xavier, 74 ans.

Entre dans le service pour cataracte OG.

VOD : 5/10.

VOG : 1/10. Bonnes projections lumineuses.

25 février 1950. — Extraction totale du cristallin.

Iridectomie totale. Légère issue du vitré.

7 avril 1950. — VOD 6/10.

VOG : 4/10 (0 + 3,50) + 9.

2 mai 1950. — Décollement rétinien inférieur OG. VOG : 4/10.

13 mai 1950. — Intervention OG suivant la technique habituelle.

Suites opératoires bonnes.

VOG : 5/10 + 13.

15 novembre 1950. — Baisse importante de l'acuité visuelle.

VOG : PL.

Récidive du décollement.

15 décembre 1950. — Nouvelle intervention n'entraînant aucune amélioration.

Echec.

OBSERVATIONS 8 et 9

M^{me} G... Marie, 64 ans.

- Cataracte bilatérale. Myopie.
VOD : PL.
VOG : Compte les doigts à 20 cm.
Opacités cristalliniennes surtout postérieures.
- 4 février 1948. — Intervention OD.
Extraction totale. Iridectomie totale.
Suites opératoires : VOD : 1/10 + 1.
FO : Staphylome post. et chorio-rétinite myopique.
- 14 septembre 1949. — Intervention OG.
Extraction totale sans incident. Iridectomie totale.
Suites opératoires : VOG : 1/20. Lésion maculaire dégénérative.
- 22 mai 1950. — Décollement rétinien généralisé de l'OD.
3 déchirures à 5, 7, 11 heures.
- 5 juillet 1950. — Intervention de décollement. Technique habituelle
- 19 juillet 1950. — Nouvelle intervention.
Suites opératoires : pas de réapplication.
- 23 septembre 1950. — Décollement rétinien OG.
Soulèvement nasal supérieur. 1 déchirure.
L'intervention ne donne pas de résultat.
- 10 octobre 1950 — VOD : Compte les doigts à 1 m. 50.
Persistance d'un soulèvement inférieur.
VOG : Décollement généralisé.
Déchirure en fer à cheval bien visible depuis l'opération.
- 15 novembre 1950. — Intervention ODG sous anesthésie générale.
Echec total, bilatéral.

OBSERVATION 10

M^{me} A... Gemma, 51 ans.

- Malade opérée de cataracte bilatérale. OD il y a 4 ans, OG il y a 6 mois.
Myopie forte.
- 5 août 1945. — La malade vient consulter dans le service et présente un décollement rétinien OG.
Grosse poche nasale inférieure avec déchirure sur le méridien de 7 h. entre l'ora serrata et la macula.
- 9 août 1947. — Intervention OG.
Coagulation et ponction à 6 h. ne ramenant pas de liquide.
- 11 août 1947. — Rétine non réappliquée.
- 13 septembre 1947. — Nouvelle intervention. Sans résultat.

OBSERVATION 11

M. D... Joseph, 62 ans.

- Cataracte bilatérale.
VOD : 1/20 Cataracte secondaire (opéré de cataracte 2 ans auparavant).
VOG : PL Cataracte nucléaire à noyau brun.
Opacités corticales antérieures et postérieures.
- 30 avril 1947. — Intervention OG. Extraction simple. Iridectomie totale.
Légère issue de vitré.
Suites opératoires bonnes :
VOG : 6/10 (115 —3) + 7.
FO : Myopique.

- 10 mai 1947. — Intervention OD. Discision.
Suites opératoires :
VOD : 4/10.
- 27 mai 1947. — Décollement rétinien OD.
Poche inféro-temporale avec une déchirure dans le quadrat temp. sup.
- 4 juin 1947. — Le soulèvement s'est bien réappliqué par le repos.
Coagulation à 6 à 8 cm. du limbe entre 8 h. et 1 h.
Une ponction ramène une petite quantité de liquide.
On note une bonne réapplication de la rétine dans les suites opératoires.
VOD : 10/10 (30 + 2) + 4.
VOG : 6/10 (0 + 1) + 5.

OBSERVATION 12

- M. B., Eugène, 69 ans.
Myopie bilatérale de 10 dioptries environ.
VOD : 3/10 - 9.
VOG : Compte les doigts à 20 cm.
Cataracte nucléaire bilatérale maxima à gauche. Bonnes projections lumineuses.
- 19 juin 1943. — Intervention cataracte OG.
2 iridectomies périphériques. Rupture de la capsule à la sortie, mais cette dernière est extraite en totalité dans un deuxième temps.
Légère issue de vitré.
Suites opératoires VOG : 2/10 + 1,50. Léger flou vitré.
- 28 juillet 1945. — Décollement rétinien OG.
Malade non opéré dans le service, n'a pu être suivi.

OBSERVATION 13

- M. R., Antoine, 62 ans.
Cataracte bilatérale. Diabète.
VOD : 2/10 - 5. Bonnes projections lumineuses.
Cataracte nucléaire et corticale.
- 18 juillet 1942. — Intervention de , cataracte OD.
2 iridectomies périphériques.
Extraction totale à la pince.
- 3 août 1942. — VOD : 4/10 (0 + 2) + 10
- 2 janvier 1943. — Intervention de cataracte OG.
2 iridectomies périphériques.
Extraction totale à la pince sans incidents.
Suites opératoires normales. Petit hyphéma résorbé en quelques jours.
- 10 décembre 1943. — Décollement rétinien OG. Soulèvement inférieur, pas de déchirure visible.
- 8 janvier 1944. — Bonne réapplication par le repos. L'examen du FO est rendu difficile du fait de la mauvaise dilatation pupillaire malgré l'installation de sulfate d'atropine et les injections sous-conjonctivales d'adrénaline. Staphylome myopique postérieur et placards de chorio-rétinite cicatriciels.
- 13 janvier 1944. — Intervention de décollement OG.
Nombreuses boules diathermiques allant de la région du droit int. au droit ext., dans tout le secteur inférieur. 2 ponctions sont pratiquées et ramène une assez grande quantité de liquide.
Suites opératoires normales.
- 5 juin 1944. — VOG : 1/10 + 9. Rétine bien réappliquée.

OBSERVATION 14

M. F... Casimir, 65 ans.

Entre dans le service pour cataracte OG.

VOD : PL. Décollement rétinien traumatique avec luxation du cristallin en 1930.

VOG : 1/10. Bonnes projections lumineuses.

Cataracte corticale et capsulaire postérieure.

FO : Impossible à voir.

15 mai 1943. — Intervention de cataracte OG.

2 iridectomies périphériques. Extraction totale avec rupture de la capsule à sa sortie.

24 mai 1943. — VOG : 1/10.

4 juin 1946. — Baisse brutale de l'acuité visuelle survenue 10 minutes environ après un traumatisme de la joue gauche.

VOG : Distingue les doigts à 50 cm.

Décollement rétinien temporal. Nombreux placards de chorio-rétinite atrophique équatoriale dans le secteur temporal supérieur.

10 août 1946. — A la suite d'une première intervention pratiquée ce jour on note une amélioration considérable qui ne persiste que quelques jours ; l'acuité visuelle baisse rapidement et un soulèvement rétinien temporal inférieur est nettement visible avec une déchirure en forme de trou à 5 h. au centre d'une région rétinienne très remaniée.

14 décembre 1946. — Nouvelle intervention pratiquée dans cette région avec une bonne coagulation de la déchirure.

3 février 1947. — La région temporale inférieure est bien réappliquée et pigmentée. Persistance d'un petit soulèvement nasal inférieur avec une déchirure en clapet à 3 h., coagulée au cours de l'intervention.

2 décembre 1947. — VOG : 1/10.

OBSERVATION 15

M. S... Edouard, 64 ans.

Malade présentant une cataracte bilatérale avec myopie.

Opéré de l'œil droit en 1944, il a présenté deux ans après un décollement rétinien temporal inférieur avec déchirure. Jusqu'à cette époque VOD : 10/10.

Opéré en mars 1946. Hémorragie du vitré dans les suites opératoires.

Mauvais résultat. VOD : 0.

OBSERVATION 16

M. T... Jacob, 63 ans.

Cataracte bilatérale.

VOD : 1/10. Bonnes projections lumineuses.

VOG : PL. Cataracte blanche totale avec séclusion pupillaire.

21 janvier 1942. — Intervention de cataracte OD.

Extraction totale sans incident.

5 février 1942. — VOD : 4 10 (90 — 2) + 10.

21 février 1942. — VOD : 5/10 (175 + 2) + 9.

14 avril. — Décollement rétinien dont le début remonte à trois semaines après l'intervention.

VODG : PL.

FO : Large désinsertion de la rétine dans le secteur inféro-externe.

25 avril 1942 : Intervention de décollement OD.

Barrage à la boue diathermique dans la région temporale de 7 h. à 11 h

Ponctions perforantes ne donnant pas d'issue de liquide.
Persistance du décollement dans les suites opératoires.

OBSERVATION 17

M^{me} L... Marguerite.

Malade présentant un décollement rétinien de l'OD. survenu 2 mois après intervention de cataracte.

Décollement temporal inférieur. 1 déchirure à 8 h.

22 juillet 1942. — Coagulation large allant du droit ext. au droit inf.

4 ponctions perforantes.

Suites opératoires normales.

Rétine en voie de réapplication.

VOD : 1/20.

OBSERVATION 18

M^{me} G... Madeleine, 63 ans.

Malade présentant une cataracte de l'œil droit opérée le 15 nov. 1942.

Quelques jours après l'intervention baisse importante de l'acuité visuelle.

VOD : 1/50. Pupille ovale, sans iridectomie.

Décollement rétinien généralisé avec grosse poche nasale. Présence de plusieurs arcades rétiniennes périphériques de 1 h. à 3 h.

Œil hypotone.

VOG : 2/10 environ. Cataracte évolutive.

6 janvier 1943. — Intervention de décollement OD.

Barrage à la boule diathermique dans le secteur nasal entraînant une hypertonie importante qui cédera à des ponctions perforantes.

Issue d'une grande quantité de liquide.

2 février 1943. — L'examen révèle la présence d'un léger trouble du vitré.

La rétine paraît bien réappliquée

8 février 1943. — VOD : 1/10 + 10.

Réapplication complète de la rétine.

OBSERVATION 19

M. G... Félix, 73 ans.

OD : PL. Cicatrice d'iridectomie supérieure avec blocage complet de la pupille.

Cataracte régressive.

OG : 1/20. Bonnes projections lumineuses.

Cataracte nucléaire à reflets roux ; nombreuses opacités corticales.

21 janvier 1942. — Intervention de cataracte OG.

Iridectomie totale, prolapsus irien réduit à la spatule. Extraction totale à la pince avec légère issue de vitré.

Suites opératoires normales, chambre antérieure reformée 2 jours après.

VOG : 3/10 (90° — 2) + 10.

15 mars 1942. — Décollement généralisé. Bonne réapplication par le repos dans le secteur supérieur, persistance du soulèvement inférieur avec 2 déchirures suspectes périphériques.

Intervention habituelle pratiquée sans résultats.

OBSERVATION 20

M. F... Louis, 56 ans.

Malade opéré de cataracte capsulaire postérieure bilatérale.

L'œil gauche en octobre 1940 (Extraction extra-capsulaire).

L'œil droit en décembre 1940 (Extraction totale, iridectomie périphérique)

VOD : $2/10 + 5$.

VOG : $5/10 + 6$ - Taie cornéenne.

18 janvier 1941. — VOD : $8/10 (0 + 2.50) + 5$.

VOG : $6/10 (0 + 3) + 6$.

13 mars 1951. — Baisse importante de l'acuité visuelle de OD dont le début ne peut être précisé.

VOD : Perception lumineuse.

FO : Décollement rétinien étendu prédominant dans la région nasale.

Présence de nombreux plis de la rétine. Trou vers 1 h.

VOG : $10/10 (0 + 3) + 7$.

4 avril 1951. — Intervention de décollement OD.

Coagulation de l'hémirétine supérieure. Les ponctions ne ramènent pas de liquide.

Trouble du vitré assez important dans les suites opératoires.

26 mai 1951. — Persistance d'un soulèvement nasal.

2 juin 1951. — Nouvelle intervention au niveau de secteur nasal inférieur.

27 juillet 1951. — La réapplication de la rétine est correcte dans les zones coagulées.

VOD : $1/10$.

OBSERVATION 21

M. V... Albert, 68 ans.

Cataracte et myopie bilatérales.

VOD : PL. Bonnes projections lumineuses.

Cataracte nucléaire à gros noyau brun.

Petite taie centrale de la cornée.

VOG : $1/20$. Myopie forte, Taie centrale de la cornée. Cataracte nucléaire.

6 février 1948. — Intervention cataracte OG.

Iridectomie totale. Extraction totale sans incident.

13 février 1950. — VOD : PL.

VOG : $5/10$. Après correction. FO myopique.

25 février 1950. — Intervention cataracte OD.

Extraction totale sans incident.

21 mars 1951. — Décollement rétinien généralisé OD. Présence de nombreuses hémorragies rétinienues périphériques, en chapelets, dans le quadrant nasal sup. Pas de déchirure visible.

4 avril 1951. — Intervention de décollement.

Coagulations de 3 h. à 12 h. qui font apparaître nettement une déchirure.

Les ponctions perforantes font sourdre une assez grande quantité de vitré.

19 avril 1951. — Persistance d'un soulèvement périphérique de 3 h. à 9 h.

OBSERVATION 22

M. M... Jacques, 69 ans.

20 juin 1949. — Entre dans le service pour décollement rétinien. CD survenu 4 mois après opération de la cataracte. (Extraction totale pratiquée le 11 juin 1949). Myopie bilatérale.

- 26 juillet 1949. — VOD : 6/10 (15 + 2) + 6.50.
VOG : 2/10 + 7 (Cataracte opérée en 1937).
Détachement rétinien œil droit, supérieur avec deux déchirures en fer à cheval à 11 h. et 2 h.
Bonne réapplication par le repos.
- 21 août 1949. — Intervention œil droit. Diathermo-coagulation suivant la technique habituelle.
- 21 septembre 1949. — Rétine bien réappliquée dans toute son étendue. Pigmentation de la cicatrice de coagulation.
- 3 octobre 1949. — VOD : 3/10 + 6. Bonne réapplication de la rétine.
- 20 septembre 1951. — VOD : 8/10 + 7. Rétine très bien appliquée.

OBSERVATION 23

M. B., Séraphin, 74 ans.

Malade présentant une cataracte bilatérale.

VOD : PL. Cataracte à gros noyau brun avec subluxation du cristallin en bas.

VOG : 1/20 - 5. Cataracte nucléaire à petit noyau. Opacités capsulaires postérieures.

Tonométrie : OD 55.

OG 30.

FO : Non visible.

Bonnes projections lumineuses ODG.

10 juillet 1949. — Intervention de cataracte OD.

Extraction totale à l'anse sans issue de vitré.

Suites opératoires normales.

VOD : 1/30 environ.

FO : RAS.

21 septembre 1949. — Détachement généralisé OD, soulèvement important de la rétine avec nombreux plis. Déchirure vers 11 h.

18 octobre 1949. — Même état du fond de l'œil. Malade sort du service sans être opéré.

CONCLUSION

Le décollement rétinien de l'aphaque, représentant environ 15 à 20 % de l'ensemble des décollements rétiniens, se produit chez 1 à 3 % des opérés de cataracte senile ou pré-senile.

Nos statistiques, confirmant celles de la plupart des auteurs, mais en contradiction avec un certain nombre d'autres, montrent la plus grande fréquence du décollement après extraction totale.

Parmi les facteurs étiologiques, les deux plus importants à citer sont l'issue de vitré, dont le rôle nous paraît primordial, et la myopie.

D'un point de vue chronologique il nous semble justifié de dissocier les cas précoces, parmi lesquels s'inscrivent toujours les décollements survenant après issue de vitré, des cas tardifs pour lesquels le rôle joué par le traumatisme opératoire dans la genèse du décollement de la rétine est beaucoup plus discutable.

D'un point de vue clinique, à côté des données séméiologiques classiques, il est nécessaire d'insister avec SCHÉPENS sur l'importance de l'exploration de la rétine antérieure et sur la fréquence des déchirures multiples qui peuvent s'y trouver.

La thérapeutique des décollements de l'aphaque par les méthodes de traitement des décollements idiopathiques se révèle dans un pourcentage important de cas inefficace, en particulier lorsqu'une issue de vitré s'est produite au cours de l'opération de la cataracte, et des thérapeutiques nouvelles, parmi lesquelles les résection sclérales occupent la première place, doivent être d'emblée appliquées à ces formes de décollements.

BIBLIOGRAPHIE

- AMSLER M. et SCHIFF-WERTHEIMER S. — Traité d'ophtalmologie. T. 5, p. 525, 1939.
- ARRUGA H. — In Sorsby A. : Modern trends in Opht. New-York. Paul-B. Hoeber Inc. T. 2, p. 322, 1947.
- ARRUGA H. — Etiologie et pathogénie du décollement de la rétine. C.R. Rapport au 14^e Congrès Inter. d'Opht., Madrid, p. 427, 1933.
- ARRUGA H. — Catarata y disprendimiento de la retina. Annale de Medicina y Cirugia, Barcelona. 23/34, 252, 1948.
- AVIZONIS. — Prognose der Netzhautablösung ohne Riss. Schweiz. Med. Wehnschr. 69 1140, 1939.
- BAGLEY Ch. — Retinal detachment : A survey of the étiologie and résultats of treatments on phakics and aphakics.
- BAGLEY Ch. — Amer. J. Ophth. T. 31/3, p. 285, 1948.
- BASTERRA. — La afaquia, causa coadyuvante del disprendimiento de la retina. 2^e Congrès Nat. des Sciences Méd. sect. d'Oph. Séville. Arch. de Oft. Hispano-Americanos, p. 593, 1924. In Ann. d'Ocul., 881, 1925.
- BAURMANN. — Ueber Netzhautablösung zugleich ein weiterer Beitrag zum Studium der Eigenschaften des Glaskörpers. Archiv. für Ophthalmologie. Band. 2 Seite 470, 1929.
- BERENS C., HALL DS., SMITH B., Mc ALPINE PT. — Surg. Gynec. and Obst. 70, 454, 1940.
- BERENS C. and BOGART D. — Certain post-opérative compl. of Cat. Tr. Sect. Opht. A.M.A., 238, 1938.
- BORLEY W.-E. — Shortening of the eyeball for rétinal Detachments. Arch. Opht. 23, 1181, juin 1940.
- DAVIS. — 1947 In discussion de Hughes et Owens.
- DE SAINT MARTIN. — L'extraction capsulo-lenticulaire de la cataracte. Rapport de la Soc. Franç. Opht., 1935.
- DOR H. — Le Cristallin. Encyclopédie d'Ophtalmologie. 7 255, 1908.
- DUKE-ELDER. — Text-Book of ophtalmologie. 3 2864, 1940.
- DUNNINGTON Jh., et MAGNIE J.-P. — Tr. Am. Oph. Soc., 35 101, 1937.
- DUNPHY E.-B. — Loss of vitreous in cataract extraction. J.A.M.A. 89 2254, 1927.

- ELSCHNIG. — Augenärztliche Operationslehre. Handbuch der Augenheilkunde 1264, 1932.
- ELSCHNIG. — Die intrakapsulare Starextraktion. Handbuch der Augenheilkunde, p. 31, 1932.
- FRANÇOIS. — Complications de l'extraction intra-capsulaire de la cataracte. Annales Oculistiques, 179 280, 1946.
- GONIN. — Le décollement de la rétine. Payot, édit., Lausanne, p. 124, 1934.
- GRADLE and MEYER. — Surgery of retinal detachment. End results of various methods. Am. J. Ophth. 19 873, oct. 1936.
- GUYTON J.-S. — Prevention and management of complications of cataract extraction, Am. J. Ophth. 31/9, 1085, 1948.
- HOLST J.-C. — Ueber traumatische Netzhautablösungen. Acta Ophth. 18 190, 1940.
- HUGHES W.-F. et OWENS W.-C. — Post-operative complications of cataract extractions. Arch. Ophth. 38 576, 1947.
- JEANDELIZE BAUDOT et GAULT. — Aphaquie opératoire et décollement rétinien. Bull. et Mém. Soc. Franç. Opht. 48 305, 1935.
- JOHNSON G.-L. — Vitreous, zonule and ciliary processes from a surgical point of view. Arch. Ophth. 25, 25, 1941, extraction.
- KNAPP. — Late results of intracapsular cataract extraction. Trans. of Opht. Soc. London, p. 117, 1926. Arch. of Opht., mai 1926.
- KNAPP. — Retinal détachment and trauma. Arch. Opht. 39 770, 1943.
- KNAPP. — Present state of intracapsular cataract operation. Arch. Opht. 38, p. 1, 1947.
- LEOPOLD I.-H. — Tr. Am. Acad. Opht. 49 155, 1945.
- LINDNER. — Die Enstathung von Netzhautablösung nach Glaskörperverlust Ophthalmologische Gesellschaft in Wien. 1940. Ref. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1940, 11, 747.
- MANES. — Consideraciones sobre la extraccion de la catarata « in toto » procedimiento de Stanculeanu-Török-Elschnig. Archivos de Oftalmologia Hispanos-Americanos, p. 225, 1933.
- MAC KEOWN H.-S. — End results of electro-surgical treatment. Arch. Phys. Therary, 23 489, 1940.
- NELSON. — Almost complete retinal détachment after cataract extraction, complete reattachment after glaucom atak. Amer. J. Ophth. 676, 1944.
- PHELPS SEYMOUR. — Prognosis in detachment-of the retina. Practitioner 143 637, 1939.
- POYALES. — Complications pré-opératoires, opératoires et post-opératoires dans l'opération de la cataracte. La Méd. Ibera., 3 sept. 1932.
- RALSTON and GOAV. — Detachment of the retina following intracapsular cataract extraction. Am. J. Ophth., p. 372, 1922.
- RAMON RODA. — El disprendimiento de retina en los afaquicos. Arch. Soc. Oft. Hisp.-Amér. Segundo semestre 1944, p. 199.

- SAMUELS B. — Pathologic picture of retinal détachment. A survey., Arch. Opht. 21 273, 1939.
- SCHEPENS C.-L. — Ophtalmoscopie binoculaire. S.F.O. Congrès annuel, mai 1946. An. Ocul., p. 49. 1947. Décollement rétinien et aphaquie. Arch. Opht., jan. 1951, n° 1.
- SCHEPENS C.-L. et BAHN G.-C. — Examination of ora serrata, its importance in retinal detachment. Arch. Opht. 44 677, 1950.
- SCHIFF WERTHEIMER S. et SEDAN J. — Extraction totale du cristallin et décollement rétinien. Annales d'Oculistiques, T. 180, p. 513, 1947.
- SHAPLAND C.-D. — Retinal detachment in aphakia. Tr. Ophth. Soc. U. Kingdom. 54 176, 1935.
- SHAUREN JOSEF. — Netzhautablösung u. Indirekter Trauma. Arch. Ophth. 14 72, 1939.
- WEVE H. — Diathermic treatment of giant holes in the retina. Arch. Ophth. 16 173, 1936.
- WOODRUFF H.-W. — Am. J. Ophth. 19 146, 1936.
- ZORAB E.-C. — Brit. J. Ophth. 25 229, 1941.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

